

Année 1882

N° 336

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 août 1882, à 1 heure.

PAR E. CARBOUÉ,

Né à Avezan (Gers), le 26 avril 1857.

DE L'IRIDECTOMIE

DANS LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE

ET DANS LA SCLÉRO-KÉRATITE.

Président : M. RICHET, professeur.

Juges : MM. SAPPEY, professeur.

PEYROT, HUMBERT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance.

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A mon Président de thèse

M. LE PROFESSEUR RICHET.

DE L'IRIDECTOMIE

DANS LA KÉRATITE PARENCHYMEUSE

ET

DANS LA SCLERO-KERATITE

L'*iridectomie*, comme son nom l'indique, est une opération qui a pour but d'exciser une partie plus ou moins considérable du limbe iridien.

Venzel le premier, en 1780, eut l'idée de faire l'excision d'une partie de l'iris dans le but de frayer un passage aux rayons lumineux.

Beer, en 1796, perfectionna le procédé et pratiqua lui-même un grand nombre d'iridectomies. Son but n'était encore que de remédier à différentes affections qui en obstruant, soit directement, soit indirectement, le champ pupillaire, rendaient la vision partiellement ou totalement impossible.

L'iridectomie *optique* était trouvée, mais elle devait encore recevoir longtemps plus tard bien d'autres applications dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale.

En 1856, de Græfe pratiqua l'iridectomie, soit pour faire disparaître, soit pour enrayer certains états inflammatoires de la cornée.

En 1857, le même auteur constata que l'iridectomie diminuait la tension intra-oculaire, et il appliqua cette opération aux affections glaucomateuses (1).

A partir de cette époque, cette opération, quoique pronée par les uns et rejetée par les autres, a fini par prendre droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale oculaire.

Parmi les discussions auxquelles a donné lieu cette intéressante question, nous signalerons celle qui eut lieu, en 1865, à la Société de chirurgie, discussion soulevée par M. le professeur Richet, alors président, et à laquelle prirent part tous les maîtres de cette époque (2).

Depuis les applications de l'iridectomie ont pris une grande extension. Ce n'est plus seulement dans un but purement optique qu'on la pratique, mais bien aussi dans un but thérapeutique et curatif de certaines affections oculaires.

On n'a pas même borné son emploi au traitement pour ainsi dire classique du glaucome. On lui a trouvé d'autres applications.

Dans ces dernières années, M. le Dr Galezowski a appliqué, avec succès, l'excision de l'iris au traitement de certaines formes de kératites parenchymateuses et scléro-kératites.

(1) Arch. für Augenheilkunde, 1857.

(2) Bulletin de la Société de Chirurgie, 1865, 2^e série.

C'est d'après ses conseils et sous son inspiration que nous nous proposons de relater dans notre travail les résultats obtenus. Qu'il nous permette de le remercier ici publiquement, et de ses leçons et de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli dans sa clinique.

Certes nous ne nous dissimulons pas l'imperfection de notre travail. Pressé par le temps et surtout possédant peu d'autorité, nous avons ébauché à peine le cadre que nous nous étions tracé. Aussi nous nous permettrons de réclamer l'indulgence de nos juges.

DIVISION DU SUJET.

Notre travail comprendra trois parties :

Dans la première nous parlerons de la kératite parenchymateuse.

Dans la deuxième de la scléro-kératite.

Dans chacune d'elles nous relaterons les observations qui ont servi de base à notre travail.

Enfin, dans la dernière partie, nous essayerons d'expliquer comment agit l'iridectomie dans ces cas-là, et de tirer de son application les conclusions qui nous sembleront les plus justes.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE.

Étiologie. — Depuis 1871, époque à laquelle eut lieu la discussion de cette question devant la Société de chirurgie, on admet généralement, en France, que la kératite parenchymateuse est une kératite cachectique et que la scrofule est surtout le terrain sur lequel elle se développe.

En Angleterre on rattache cette affection à la syphilis héréditaire (kératite-hérédo-syphilitique). Hutchinson fut, en 1859, le promoteur de cette idée. En 1859, ce chirurgien anglais publia soixante-quatre observations de kératite interstitielle. Se fondant sur les antécédents de ses malades, la forme des dents, les tumeurs des jambes, la forme particulière de la voûte palatine, qu'il prétendait avoir trouvé d'une façon constante, il en conclut que la kératite interstitielle est bien le fait d'une syphilis héréditaire.

Les idées du chirurgien anglais ont été combattues depuis, et des faits précis ont démontré que, tout en faisant la part de la syphilis, il est bien d'autres causes qui peuvent trouver leur place dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse.

Quoi qu'il en soit, la kératite parenchymateuse est l'apanage de la jeunesse. Le sexe féminin est bien plus

souvent atteint que le sexe mâle. Davidson (1) a noté que c'est presque toujours chez des jeunes filles de douze à seize ans et appartenant aux classes inférieures de la société que cette maladie se développe. Donc la misère physiologique paraît être une des principales causes.

Notons aussi, sans vouloir en tirer des conclusions, la relation qu'il paraît y avoir entre le développement des organes génitaux et la kératite parenchymateuse.

Nous allons donner rapidement la description de cette affection, en insistant un peu sur le traitement, afin de montrer tous les profits qu'on peut tirer dans ces cas-là de l'iridectomie.

La kératite parenchymateuse est caractérisée physiquement par une opacité grisâtre ou jaunâtre de la cornée, disposée soit uniformément, soit par points disséminés. On a caractérisé l'aspect de la cornée en ce moment-là, en disant qu'elle a une teinte de pierre à fusil. Le début peut avoir lieu tout autour de la cornée, soit au centre.

Quelquefois, l'opacité présente un aspect uniforme, diffus en quelque sorte. D'autres fois elle a la figure d'un croissant à concavité supérieure.

A mesure que le mal progresse, l'opacité augmente d'épaisseur et finit par masquer la chambre antérieure, l'iris et la pupille.

Il peut y avoir de la photophobie et du larmolement, mais ces symptômes sont bien moins accentués que dans la kératite superficielle. D'une façon générale,

(1) Annales d'oculistique, t. LXV.
Carboué.

quoiqu'il y ait de nombreuses exceptions, le travail morbide évolue silencieusement sans éveiller aucune réaction. L'obscurité croissante de la vision, le trouble des objets qui sont vus à travers un brouillard, sont le plus souvent les seuls symptômes subjectifs qui attirent l'attention des malades.

Marche de la maladie. — La description classique de la kératite parenchymateuse divise cette affection en trois périodes :

- 1° Période d'infiltration interstitielle;
- 2° Période de vascularisation;
- 3° Période de résolution.

Telle est la marche régulière des choses lorsque la maladie évolue d'une façon normale. La période de vascularisation est regardée comme une circonstance heureuse, précédant et devant amener la résolution.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Malgré le traitement approprié, la vascularisation ne se produit point. De plus il peut se produire du côté des autres membranes de l'œil, du côté de l'iris surtout, plus rarement du côté de la choroïde, des accidents qui nécessitent une intervention active. C'est dans ces cas, comme nous essayerons de le démontrer plus loin avec des observations à l'appui, que l'iridectomie trouvera son application.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue que la kératite parenchymateuse évolue sur un terrain essentiellement mauvais, que c'est une maladie très tenace, de longue durée, qu'elle envahit généralement les deux

yeux, et que l'infiltration cornéenne constitue toujours une condition fâcheuse pour la vision.

Traitement. — Etant donné la nature de l'affection, son traitement est naturellement tout indiqué. Il faudra soumettre le malade à une médication générale, afin de modifier son état pathologique. Comme traitement local, il faut s'abstenir surtout de moyens irritants, ceux-ci ne peuvent qu'amener des accidents fâcheux et des poussées inflammatoires. Indépendamment des instillations d'atropine qui sont presque toujours indiquées pour diminuer la pression intra-oculaire, on appliquera sur l'œil des compresses chaudes imbibées d'infusions aromatiques.

Ce mode de traitement de l'avis de tous les oculistes distingués : Mackensie, Wecker, Panas, a pour but d'amener la vascularisation de la cornée et, par suite, de hâter le retour de la transparence.

Mais quelquefois tous ces moyens, si rationnels qu'ils soient, échouent devant la tenacité de l'affection.

« La kératite chronique, disait Velpeau, est peut-être la maladie de l'œil qui offre le moins de prise aux moyens thérapeutiques, ancienne et générale elle ne guérit en quelque sorte que par miracle, j'ai vu tout échouer contre elle (1). »

D'autres fois il se produit des accidents qui mettent la vue du malade en danger. C'est dans ces cas rebelles et tenaces, et dans ces cas où ces accidents anormaux se produisent, que notre maître M. le Dr Galezowski propose et pratique l'iridectomie.

(1) Dictionnaire en 30 volumes, t. IX.

L'intervention chirurgicale et en particulier l'iridectomie n'est pas admise par tous les auteurs dans les cas de kératite interstitielle.

« On a proposé l'iridectomie dit M. Panas (1) ; nous l'avons pratiquée cinq ou six fois, sans grand profit pour le malade. »

Le but modeste que nous nous proposons dans notre travail et le peu de compétence que nous avons sur ce sujet ne nous permettent pas de nous élever contre l'opinion d'un de nos maîtres les plus distingués. Mais nous devons à la vérité historique de dire que l'honneur d'appliquer l'iridectomie au traitement des opacités cornéennes revient à l'éminent professeur de la Faculté de médecine.

Nous empruntons à M. le docteur Panchon (2), outre la relation des faits observés dans le service de M. Panas, une observation de double kératite scrofuluse guérie par l'iridectomie. M. le professeur Panas avait pratiqué l'iridectomie chez une malade atteinte d'une affection glaucomateuse au début et ayant depuis longtemps une large taie cornéale. — L'intention première de l'éminent chirurgien était dirigée non contre l'opacité de la cornée, mais contre le glaucome. La malade se trouva guérie de son glaucome en même temps que la cornée reprenait sa transparence. Partant de là, et par analogie M. Panas fut conduit à se demander jusqu'à quel point il ne serait pas possible de faire disparaître certaines taches rebelles au moyen

(1) Panas. Leçons sur les kératites, p. 149.

(2) Journal d'ophtalmologie, 1872.

de l'iridectomie. Plusieurs cas de succès couronnèrent son attente.

M. le docteur Panchon cite dans son travail plusieurs observations recueillies soit dans le service de M. Panas, soit ailleurs. Qu'on nous permette de relater ici une de ces observations qui rentre très bien dans notre sujet et qui nous paraît très concluante.

OBSERVATION I.

Le nommé Scholle (Joseph), âgé de 20 ans, déménageur, entre le 28 juin, 1879, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Augustin, n° 80, service de M. Panas.

Il est atteint d'une double kératite scrofuleuse diffuse, surtout prononcée à gauche où la vision est abolie, sauf la perception lumineuse.

A l'âge de dix ans il a eu une ophtalmie qui s'est accompagnée d'une perte presque complète de la vision. Il avait de la photophobie et distinguait à peine la lumière. Cet état a duré près de six mois; c'est à ce moment que ses cornées, à ce que dit le malade, sont devenues blanches; cependant les accidents aigus ont disparu, il a pu voir clair pour se conduire.

L'œil gauche lui permettait même de voir assez loin. Pendant dix-huit mois, Scholle a continué à avoir des rechutes de temps en temps.

Au mois d'avril 1870, une attaque inflammatoire l'obligea à entrer à l'hôpital Saint-Antoine où on lui fit l'excision de la conjonctive; une amélioration notable se produisit jusqu'en septembre où le malade retourna

à l'hôpital Saint-Antoine, d'où il ressortit trois semaines après, cette fois sans améliorations; il avait été traité par le sulfate de soude pulvérisé.

Entré une première fois à l'hôpital Saint-Louis le 7 janvier 1871, on lui pratiqua le jour même l'iridectomie inférieure à gauche. L'œil de ce côté ne pouvait rien distinguer en ce moment et il y avait des douleurs glaucomateuses. Les suites de l'opération se passèrent bien et au moment où le malade sortit, c'est-à-dire le 7 mai, il pouvait lire le n° 15 de l'échelle de Giraud-Teulon.

Le 20 juin 1871, Scholle rentre à l'hôpital pour se faire opérer de l'œil droit qui lui permet à peine de se conduire et avec lequel il ne distingue aucun caractère. L'œil était rouge et congestionné, il y avait des douleurs circumorbitaires vives, la cornée était opaque par suite de *kératite interstitielle*; l'iridectomie inférieure est pratiquée le 29 juin et sans suites fâcheuses.

Le malade sort guéri le 13 juillet; il y voit assez pour se conduire de cet œil et lire le n° 40 de l'échelle Giraud-Teulon à 7 pouces de distance.

Il a été revu le 23 février 1872 au bureau central; il n'a plus sur les deux cornées qu'une légère tache.

De l'œil gauche le malade peut lire un journal.

De l'œil droit il lit le n° 20 de l'échelle.

Nous nous trouvons bien ici en présence d'une *kératite parenchymateuse*. La constitution scrofuleuse du sujet, la marche de la maladie qui évolue d'une façon lente et qui laisse un intervalle de dix ans entre la première attaque et les autres poussées subaiguës, font

qu'on ne peut penser qu'à l'affection qui nous occupe. De plus les deux yeux ont été atteints et les auteurs signalent du reste ce fait comme étant à peu près constant.

En outre, remarquons la résistance de la maladie aux moyens thérapeutiques employés. A la suite de l'excision de la conjonctive faite au mois d'avril 1870 à l'hôpital Saint-Antoine, un mieux notable se produisit il est vrai, les accidents inflammatoires disparurent pendant quelque temps. Du reste l'excision de la conjonctive est un moyen antiphlogistique puissant.

Le sulfate de soude pulvérisé ne produisit aucun résultat.

Tout nous porte à croire que c'est à l'iridectomie que le malade doit l'amélioration de son état. Lorsqu'il est entré à l'hôpital Saint-Louis le 7 janvier 1871, l'œil gauche ne pouvait rien voir. L'opération n'amena pas d'accidents et quatre mois après sa vision de ce côté était considérablement améliorée.

L'opération sur l'œil droit eut le même résultat.

Remarquons que ce n'est pas seulement un bénéfice momentané que le malade en a retiré. Le malade fut revu un an plus tard, c'est-à-dire en 1872, et il n'avait plus sur les deux cornées qu'une légère tache.

OBSERVATION II.

(1) Le nommé Lazart, âgé de 21 ans, journalier, dit n'avoir jamais eu mal aux yeux étant enfant, bien qu'il présente tous les signes d'une scrofule confirmée :

(1) Pauchon, loc. cit.

Épaisseur de la lèvre inférieure, masses ganglionnaires au cou et à la région sous-maxillaire, ozène.

Il y a huit mois, il a eu la rougeole, et un mois et demi après les yeux sont devenus rouges. Les cornées se sont troublées et au bout de quelque temps elles sont devenues opaques par suite d'infiltrations interstitielles.

Le 19 janvier 1872, on constata à gauche une taie diffuse, plus prononcée au centre et à la partie inférieure de la cornée où elle présente une teinte blanchâtre. Une iridectomie double a été pratiquée il y a deux mois et demi. La première incision de l'iris a été faite directement en haut, la deuxième en bas et en dehors.

Avant l'opération, le malade distinguait à peine les doigts, aujourd'hui il distingue les objets les plus petits, il peut même lire un journal.

Œil droit. — L'œil droit est injecté, la taie cornéale est surtout prononcée vers la moitié inféro-externe.

L'iridectomie est pratiquée le 15 février 1872.

La cornée présente en même temps un staphylome dans lequel est compris l'iris. Dans les huit jours qui ont suivi, il n'y a eu aucune amélioration.

Le malade dit même qu'il voit moins bien qu'avant l'opération. Aucune amélioration notable ne s'est produite dans la suite.

D'après cette observation, nous voyons un malade qui a eu à la suite de l'iridectomie sa vision améliorée du

côté gauche, mais sans bénéfice apparent du côté droit.

A quoi faut-il attribuer cet insuccès, est-ce à l'iridectomie qui a été pratiquée du côté gauche, ou bien à la présence, sur l'œil droit, d'un staphylôme signalé dans l'observation? Nous ne savons. Certes, nous ne voulons pas dire qu'il faille pratiquer une iridectomie double afin de produire un moyen antiphlogistique plus puissant et que si l'iridectomie échoue dans un cas il faille la recommencer. Nous croyons au contraire que ce serait inaugurer une pratique défectueuse.

La présence du staphylôme sur l'œil droit nous paraît être la vraie raison de l'insuccès. Quoi qu'il en soit, l'amélioration de la vision même d'un seul côté nous paraît un résultat bien digne d'être signalé.

OBSERVATION III.

Kératite interstitielle grave avec larges infiltrations parenchymateuses et iritis. Iridectomie aux deux yeux. Guérison.

Madame M...., âgée de 29 ans, demeurant à Paris, vint nous consulter le 23 mai 1879, pour une kératite interstitielle de l'œil droit dont elle souffrait depuis deux mois. Pendant six semaines, l'œil était un peu rouge, une tache s'était formée en face de la cornée, mais comme elle n'en souffrait point, elle n'avait pas cru nécessaire de consulter; mais depuis le commencement du mois de mai les douleurs péri-orbitaires deviennent trop intenses. Nous constatons une injection péri-kératique très développée; la cornée présente le trouble caractéristique de la

Carboué.

kératite interstitielle, avec une plaque blanche très épaisse et opaque occupant le segment inférieur; quelques vaisseaux commencent à se former sur les parties opaques. La pupille est très peu dilatée et on distingue à l'éclairage latéral quelques synéchies postérieures. Des douleurs très violentes s'exaspèrent surtout le soir. La malade est d'une constitution lymphatique, rhumatisante; elle a beaucoup d'embonpoint, mais on ne retrouve chez elle aucun signe de syphilis. En présence de ces accidents, nous la soumettons au traitement suivant. Cinq sangsues à la tempe droite, instillation du collyre d'atropine de 2 à 4 fois par jour, des douches de vapeurs dans les yeux 2 fois par jour et l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement amène un soulagement très marqué et jusqu'au 23 juillet le mal semble s'atténuer de plus en plus. Mais tandis que le globe de l'œil restait toujours très rouge, la cornée ne se vascularisait point, et les névralgies réapparurent, subitement, encore plus violentes qu'au mois de mai. Nous avons eu recours aux injections hypodermiques de morphine, aux frictions mercurielles belladonnées, mais toujours sans grand résultat; la cornée revenait encore beaucoup plus trouble. Pendant le mois d'août il y avait un état stationnaire; des périodes successives de mieux et de pire marquèrent la marche de la maladie pendant les mois de septembre et d'octobre. En novembre, les douleurs périorbitaires deviennent bien plus intenses, elles ne sont calmées que par des injections de morphine.

En présence d'une pareille ténacité de la maladie et d'une opacité de la cornée par plaques épaisses, nous

nous sommes décidés à pratiquer, le 2 décembre 1879, une iridectomie à la partie supérieure de la cornée. Cette opération a amené un soulagement immédiat, les douleurs cessèrent, la cicatrisation a marché très régulièrement. En même temps les progrès de la kératite ont été enrayés complètement, et, au commencement de janvier 1880, nous avons pu constater une diminution notable de la rougeur scléroticale, de plus la cornée a commencé à s'éclaircir.

Vers la fin de janvier, l'œil gauche a été pris d'une kératite interstitielle avec des douleurs névralgiques très intenses. Comme la marche de la maladie était la même que dans l'autre œil, nous n'avons pas hésité à pratiquer l'iridectomie sur l'œil gauche, le 16 mars 1880, d'autant plus que le trouble de la cornée commençait à s'accroître, surtout vers la partie centrale. Les suites de l'opération ont été très simples, toutes les douleurs ont complètement cessé, et je puis affirmer que dans cet œil la marche de la maladie a été complètement enrayée. Déjà, vers les premiers jours du mois de mai, la cornée est devenue plus claire, et à la fin de juillet la guérison de cet œil était complète et sans aucune trace d'opacité. Dans l'œil gauche on constate un leucome péricornéen inférieur. L'acuité visuelle de l'œil gauche est normale, tandis que dans l'œil droit elle est sensiblement diminuée.

De cette observation, rapportée par M. Galezowski dans son journal (1) on peut en tirer plusieurs conclusions.

(1) Recueil d'ophtalmologie (juillet 1881), Galezowski.

D'abord, nous voyons que l'affection, silencieuse en quelque sorte au début, ne tarde pas à se montrer sous une allure plus aiguë. Douleurs périorbitaires intenses qui s'exaspèrent surtout le soir, coïncidant avec le peu de dilatation de la pupille et par conséquent avec des troubles du côté de l'iris.

Nous voyons en outre la ténacité de la maladie qui résiste au traitement employé. La vascularisation de la cornée ne peut être obtenue et les douleurs névralgiques réapparaissent avec plus d'intensité.

L'iridectomie fut pratiquée sur les deux yeux, le résultat n'a pas été le même sur les deux yeux et voici comment M. Galezowski explique cette différence :

« L'iridectomie peut non seulement arrêter les accidents inflammatoires de la kératite interstitielle, mais elle peut enrayer la marche de la maladie et abréger d'une manière considérable la durée de l'affection, surtout lorsqu'elle est pratiquée au début du mal. C'est pourquoi on doit se demander s'il ne serait pas utile et même indispensable de pratiquer l'iridectomie dès le début de toute kératite qui se complique d'iritis. En agissant ainsi on évitera plus d'une complication soit du côté de la cornée elle-même, soit du côté des autres membranes de l'œil. Le second œil de notre malade a été en effet guéri complètement et sans aucune altération consécutive de la cornée, tandis que le premier œil s'est couvert de leucômes indélébiles, n'ayant été opéré que beaucoup plus tard. »

OBSERVATION IV.

Kératite interstitielle strumeuse avec phlyctènes et iritis dans les deux yeux. Excision de l'iris. Guérison.

Mademoiselle Gabrielle L..., âgée de 18 ans, d'une constitution assez faible, d'un tempérament strumeux, est sujette depuis son enfance aux maladies des yeux. De 5 à 12 ans, elle a eu des engorgements ganglionnaires cervicaux et sous-maxillaires. A l'âge de 4 à 5 ans, elle a été soignée pour une affection oculaire par M. le Dr Desmarres. Il y a environ deux ans, son œil droit devint de nouveau malade, et elle se présenta à la clinique de la rue Dauphine où on diagnostiqua une kératite interstitielle strumeuse. Après un mois ou deux d'un traitement local ou général, on pratiqua l'excision de l'iris dans la partie supérieure. L'opération arrêta la maladie et fut bientôt suivie d'une amélioration notable dans l'état de la cornée.

Il y a huit mois, c'est-à-dire environ quinze mois après cette opération, l'œil gauche fut atteint à son tour, et après un long traitement, l'état local ne se modifiant pas, on pratiqua également sur cet œil, le 3 juillet 1879, l'excision de l'iris de la partie supérieure. Le livre d'opération porte comme diagnostic : « Kératite interstitielle strumeuse avec phlyctènes et iritis. » Comme pour l'œil droit, cette opération arrêta les progrès de l'affection et amena bientôt une amélioration sensible.

Le 5 septembre 1879, l'état des yeux et de la vision est le suivant :

Dans l'œil droit, opéré depuis deux ans, le champ pupillaire artificiel est parfaitement net; la cornée n'est pas complètement transparente, il reste un léger nuage étendu sur presque toute sa surface. Pas de douleur ni d'injection périkeratique. La malade, qui se conduit très bien toute seule, lit couramment avec cet œil le numéro 12 de l'échelle de M. Galezowski à une distance de 20 centimètres, et difficilement le numéro 8, à une distance moindre. La jeune fille avait avant son affection une myopie prononcée.

Dans l'œil gauche la cornée est opaque, surtout au centre, mais elle l'est déjà beaucoup moins qu'au moment de l'opération. Il y a encore une légère injection périkeratique et de temps en temps quelques douleurs périorbitaires presque insignifiantes. La malade lit de cet œil le n° 20 (lettres blanches sur fond noir) à une distance de 40 centimètres environ. Il est à remarquer qu'elle n'y voit plus assez pour se conduire dès que la nuit commence à venir.

La malade continue son traitement par l'huile de foie de morue, les instillations d'atropine et les insufflations de poudre de calomel porphyrisé.

Au mois de janvier 1881 les deux cornées sont presque complètement normales, c'est à peine si on remarque quelques traces d'opacités superficielles qui tendent à diminuer sous l'influence des bains de l'œil administrés avec l'iode de sodium.

Il est évident que la malade a retiré ici un grand profit de l'iridectomie, mais il est à remarquer aussi que le traitement général n'a pas été négligé. La ma-

lade était éminemment scrofuleuse, et n'a pas cessé un seul instant l'usage de l'huile de foie de morue. L'intervention chirurgicale doit toujours être associée dans ces cas là au traitement général.

OBSERVATION V.

Kératite interstitielle double, infiltration plastique avec dégénérescence graisseuse commençante. Cicatrices scrofuleuses sur toute la figure. Iridectomie. Amélioration.

Mlle Antoinette B..., âgée de 17 ans, demeurant aux mines de la Tope (Haute-Loire), est venue le 31 janvier 1881 pour une kératite interstitielle, à la clinique de M. Galezowski. Malgré le traitement qu'on lui a fait subir dans son pays, la cornée gauche est devenue opaque et il s'est produit des dépôts blancs, jaunâtres, par plaques dans toute son étendue.

La vision est totalement perdue, à peine distingue-t-elle le jour. L'œil droit présente une kératite parenchymateuse avec opacité jaunâtre qui s'avance de haut en bas et coupe la cornée en deux.

Elle a eu étant enfant toute la figure couverte de croûtes qu'elle a gardées un an, et aujourd'hui sa figure est couverte de cicatrices nombreuses.

Traitement. — Douches de vapeur, instillations d'atropine et pommade à l'oxyde jaune.

Pas d'amélioration.

18 février. L'iridectomie sur l'œil gauche est pratiquée. L'œil était mou, la chambre antérieure petite.

Très vasculaire au pourtour, la cornée reprit peu à peu sa transparence, surtout dans la partie inférieure

au niveau du point où l'iridectomie avait été pratiquée.

Trois semaines après l'opération, lorsque la malade se décida à rentrer dans son pays, elle pouvait facilement reconnaître les objets qu'on lui présentait.

OBSERVATION VI.

Mlle Desmet, âgée de 20 ans, constitution strumeuse, lèvres épaissies, ganglions sous-maxillaires engorgés, croûtes dans le nez dès sa plus tendre enfance, a été opérée le 11 novembre 1879. Le cahier d'observations de M. Galezowski relate le diagnostic suivant :

Kératite interstitielle à droite. Taie centrale à gauche. Iridectomie à droite. Le 1^{er} avril 1880, la malade est revue à la clinique. La cornée a une netteté parfaite, pas la moindre petite opacité, pas d'injection périkeratique. La malade voit très bien de cet œil.

Un an plus tard, la malade revient à la clinique de M. Galezowski, l'œil gauche a été pris à son tour. On remarque de grandes infiltrations interstitielles.

L'iridectomie à gauche est pratiquée le 3 février 1881.

La première semaine après l'opération l'injection périkeratique a disparu. L'infiltration tend à se résoudre. Un mois après on constate que de la large infiltration interstitielle qui existait, il ne reste plus qu'un tout petit point imperceptible situé au centre de la cornée et qui diminue chaque jour.

L'œil droit opéré antérieurement est resté normal, le champ de la pupille artificielle est d'une netteté parfaite, et la malade n'a plus accusé aucun accident de ce côté.

DEUXIÈME PARTIE.

DES SCLÉRITES ET DES SCLÉRO-KÉRATITES.

Nous avons vu dans la première partie de notre travail que la kératite parenchymateuse est une maladie tenace pouvant mettre en danger la vision. Nous avons vu aussi comment et dans quelles circonstances elle pouvait être heureusement influencée par l'iridectomie.

Nous allons essayer de démontrer dans ce chapitre les heureux résultats qu'on peut retirer de cette même opération dans les cas rebelles de sclérite et de scléro-kératite.

L'inflammation de la sclérotique se développe fréquemment sans qu'on puisse en saisir la cause. Mais les auteurs s'accordent généralement à lui reconnaître pour point de départ les diathèses goutteuse et rhumatismale. C'est en effet le plus souvent chez des individus ayant eu déjà une ou plusieurs attaques de douleurs articulaires ou musculaires qu'on voit apparaître cette affection.

Le siège de prédilection de la sclérite se trouve dans la région du cercle ciliaire et au voisinage de la cornée. Au début on voit apparaître un gonflement et un boursofflement boutonneux sur un point de la surface du

bulbe qui est en contact avec la cornée. Les tissus voisins sont le siège d'une injection très vive et cette injection donne à la partie malade une teinte caractéristique, c'est une coloration rouge lie de vin très foncée.

Lorsque la maladie se développe régulièrement, les troubles fonctionnels sont en général peu accusés, à peine existe-t-il une légère photophobie et une sensibilité exagérée du globe oculaire,

Mais il n'en est pas toujours ainsi. La sclérite étant une maladie de longue durée, elle peut persister pendant des années entières, puis une fois disparue elle peut récidiver de nouveau. C'est cette persistance même qui en fait la gravité.

Limitée, comme nous l'avons dit, à la région ciliaire et au pourtour de la cornée, on comprend facilement pourquoi, d'ordinaire, elle se complique de kératite et d'iritis. Arrivée à ce degré de scléro-kérato-iritis, cette affection devient de plus en plus tenace. Elle se prolonge dix, quinze ans et au-delà, et pendant une si longue période elle se complique de poussées inflammatoires qui augmentent l'opacification cornéenne.

Parfois, bien avant que la sclérite se complique de kératite ou d'iritis, on observe des douleurs périorbitaires, précédant l'apparition prochaine de l'iritis.

Donc les complications de la sclérite se manifestent à la longue du côté de la cornée et de l'iris. C'est dans ces cas-là que notre maître, M. le D^r Galezowski, a eu l'idée dans ces derniers temps d'employer l'iridectomie pour combattre cette maladie qui résistait à tous les traitements.

Voici d'ailleurs comment il s'exprime à ce sujet (1) :

« L'iridectomie constitue un des moyens les plus puissants et les plus efficaces pour arrêter les progrès du ml, faire cesser les douleurs et rendre, jusqu'à un certain point, la transparence à la cornée. J'ai exécuté cette opération plus de quinze fois, souvent à un degré très avancé et toujours avec un excellent succès. »

OBSERVATION VII.

Scléro-kératite goutteuse.

La nommée Nadeaud (Annette), demeurant à Aubusson, âgée de 44 ans. Elle a eu ses règles pour la première fois à 18 ans, depuis quelque temps il y a une certaine irrégularité dans leur apparition qui n'a eu lieu que tous les deux ou trois mois, avec douleurs très vives.

A l'âge de vingt-trois ans, elle a été atteinte d'une migraine qui ensuite est revenue périodiquement au moment des époques menstruelles.

En 1878, elle a été tourmentée par une sciatique caractérisée par les points trochantérien, fémoraux et surtout péronier et qui persiste encore en présentant par intervalle des exacerbations notables. Sur le visage éruptions successives d'eczéma. Son père était gouteux, pour elle jamais d'attaque franche de goutte, mais des tophus sur les articulations des gros orteils. Pas d'antécédents syphilitiques.

(1) Recueil d'ophtalmologie, 1881.

Affections oculaires. — Il y a quatre ans apparut pour la première fois sur l'œil gauche une tache rouge livide vers la partie supérieure de la sclérotique. Cette rougeur ne causant ni larmoiement ni aucun autre symptôme pénible ne la préoccupe nullement. Après s'être atténuée spontanément pendant quelque temps, elle augmenta d'une façon notable, puis cette tache s'est rapprochée de la cornée et celle-ci a été peu à peu couverte d'un nuage de plus en plus opaque.

Il y a trois ans environ, début de l'affection dans l'œil droit, où elle a suivi d'ailleurs une marche absolument semblable. Bref, le nuage cornéen est devenu de plus en plus opaque dans les deux yeux et la malade, ne voyant plus les objets qu'à travers un brouillard, s'est décidée à venir se faire traiter à Paris.

15 février 1881. On constate les faits suivants : Œil gauche, cornée trouble, opaque dans les trois quarts supérieurs, à la partie supérieure bande transparente, Iris très difficile à apercevoir. Des vaisseaux se dessinent dans l'épaisseur de la sclérotique venant aboutir à l'opacité cornéenne. Ces vaisseaux ne disparaissent pas complètement à la pression, ils sont larges, pas de saillie à la surface de la sclérotique.

Acuité visuelle : cette dame voit la main passer devant ses yeux mais ne peut arriver à compter le nombre de doigts qu'on lui présente. Pas d'autre trouble fonctionnel.

Œil droit. Les mêmes altérations, mais à un degré un peu moins avancé.

Traitement. — Iridectomie à la partie inférieure sur

l'œil droit. Instillations d'atropine et d'ésérine. Prendre tous les jours un paquet de salicylate de soude, 2 grammes.

Au bout de huit jours l'acuité visuelle a un peu gagné de ce côté; la malade commence à distinguer le nombre des doigts qu'on fait passer devant ses yeux.

25 février. Iridectomie sur l'œil gauche, également à la partie inférieure, même traitement consécutif.

Dix jours après, elle distingue de cet œil les gros objets qu'on lui présente, tels que les mains, un verre. Il semble que l'opacité soit arrêtée dans sa marche et même qu'elle diminue légèrement.

OBSERVATION VIII.

Scléro-kératite à récidence sans iritis apparente, mais accompagnée de névralgies périorbitaires intenses. Iridectomie. Guérison.

Madame D..., âgée de 24 ans, demeurant à Paris, toujours de faible santé et fréquemment atteinte de rhumatismes articulaires et musculaires. En 1878 elle a été atteinte d'une sclérite, pour laquelle elle fut soignée par le nitrate d'argent. L'œil guérit mais il reste faible.

En septembre 1879 elle fut prise d'une sclérite de l'œil gauche très intense. L'injection occupait d'abord le segment externe de la sclérotique et au bout de six semaines, toute la sclérotique devint rouge, injectée et il se manifesta des douleurs névralgiques périorbitaires très intenses.

Sous l'influence de l'atropine la pupille se dilate, on

n'y remarque point de synéchies. C'est surtout la nuit que les douleurs deviennent intolérables.

Traitement. — Sangsues à la tempe, sulfate de quinine. Le salicylate de soude pris à la dose de 4 grammes par jour n'amena aucune modification. L'œil restait toujours très injecté.

Le 3 juin 1880 l'iridectomie fut pratiquée dans la moitié supérieure de l'iris.

Cette opération fut suivie immédiatement d'une détente complète, le globe de l'œil devint moins dur, les souffrances cessèrent et la rougeur disparut très rapidement.

OBSERVATION IX.

Scléro-kératite double datant de 25 ans, avec des poussées inflammatoires constantes. Iridectomie. Amélioration rapide.

Madame V..., âgée de 40 ans, souffrait d'une scléro-kérato-iritis des deux yeux depuis 25 ans et depuis cette époque elle n'a jamais été guérie pour plus de trois ou quatre mois.

Les deux dernières années la maladie n'a fait que s'aggraver, la photophobie est devenue très grande, l'œil constamment injecté.

La cornée s'est couverte de taches blanches diffuses dans toute son étendue, de sorte qu'aucun travail, ni lecture, ni écriture n'est plus possible. Maux de tête continuels.

En janvier 1881 l'œil gauche présentait une opacité générale de la cornée, c'est à peine si on pouvait voir la pupille qui était adhérente par places. La chambre

antérieure était agrandie, l'œil était mou, la sclérotique grisâtre au pourtour de la cornée et faisant saillie par places. La malade distingue à peine les mouvements de la main.

L'œil droit est moins atteint, la pupille se dilate sous l'influence de l'atropine mais incomplètement. L'iridectomie fut pratiquée par M. Galezowski le 4 février 1881 sur l'œil gauche et le 29 mars sur l'œil droit. Les suites de l'opération furent des plus simples. La cicatrisation demanda dix jours à gauche et six jours à droite.

A partir de ce moment les douleurs cessèrent, la rougeur du globe de l'œil diminua d'une manière sensible.

20 mai. — La cornée s'est éclaircie au point que de l'œil gauche la malade compte les doigts à un mètre.

Nous voyons par cette observation que l'iridectomie peut donner de bons résultats même dans les cas les plus invétérés.

Dans le cas que nous venons de citer elle n'a présenté aucun danger, ni dans son exécution ni dans ses suites.

Les accidents inflammatoires ont disparu en même temps que la vision s'améliorait d'une façon remarquable.

OBSERVATION X.

Scléro-kératite gauche. Iridectomie, guérison. Episclérite droite actuelle.

Mademoiselle Rivet, âgée de 22 ans, a été opérée au mois de mars 1880. Elle était atteinte à cette époque

d'une scléro-kératite gauche qui a été traitée par l'iridectomie.

Nous avons vu dernièrement cette malade à la clinique de M. Galezowski et voici ce que nous avons constaté :

L'œil gauche porte la trace de l'opération, l'iris fut enlevé en haut et à gauche. Nous ignorons l'état de la cornée à l'époque de l'opération. Mais actuellement la cornée n'offre pas la trace de la plus petite opacité, il n'y a pas non plus la moindre injection de la sclérotique.

La malade nous dit n'avoir pas éprouvé de violentes douleurs, pas de photophobie, pas de larmoiement. Seulement quelques légers maux de tête. Elle ne voyait de cet œil les objets qu'à travers un brouillard. C'est ce qui la décida à se faire opérer.

La malade paraît d'une bonne constitution, elle n'a jamais été malade. Nous n'avons pu relever aucune influence diathésique quelconque.

De l'œil opéré elle lit très bien même à une assez grande distance et elle n'est nullement gênée dans son travail.

L'affection qui l'a amenée dernièrement à la clinique de M. Galezowski présente l'aspect suivant :

Sur l'œil droit à l'union de la sclérotique avec la cornée et à la partie supérieure de celle-ci, nous constatons une tache de couleur rougeâtre de forme circulaire; elle est convexe et immobile : elle ne se déplace pas avec la conjonctive.

De plus il existe à son voisinage, des vaisseaux flexueux dilatés, de couleur violacée, formant comme un

pinceau régulier et venant aboutir à cette tache ; la cornée paraît envahie à la partie supérieure.

De plus à la loupe nous apercevons à la partie supérieure de l'élevure une petite fistule.

Le traitement institué a été le suivant :

Vésicatoire volant à la tempe droite,

Douche de vapeur.

Mettre alternativement les collyres à l'atropine et à l'ésérine.

Ce traitement n'a pas produit jusqu'à ce jour d'amélioration, la cornée semble au contraire être envahie de plus en plus.

Nous citons cette observation pour montrer la ténacité de ce genre d'affections, ainsi que le résultat heureux obtenu une première fois par l'iridectomie.

Il est évident que la malade est sous l'influence d'une diathèse quelconque, la marche de la maladie et cette récurrence à deux ans d'intervalle le montrent suffisamment.

Sans doute il faut écarter ici l'idée d'une influence goutteuse, étant donné l'âge de cette jeune fille. Serait-ce la syphilis ? Nous n'avons rien pu obtenir sous ce rapport.

Quoi qu'il en soit, il est à présumer que la maladie évoluera lentement, mais d'une façon continue, et qu'il faudra en arriver à pratiquer l'iridectomie sur l'œil droit, de même que sur l'œil gauche.

CONCLUSIONS

PREMIERE PARTIE.

1° Si la kératite évolue d'une façon régulière et si la vascularisation a une certaine tendance à se manifester, il ne faut pas intervenir chirurgicalement. La vascularisation de la cornée précède presque toujours la résolution des opacités ;

2° L'iridectomie ne doit être pratiquée que lorsque des accidents trop graves se manifestent du côté de l'iris, ou bien lorsque, après un traitement local et général très longtemps prolongé, l'opacité de la cornée est telle que la vision du malade est complètement impossible ;

3° L'iridectomie a un triple but ; elle aide à la résolution des infiltrations interstitielles ; elle abrège la durée de la maladie et elle combat les complications ultérieures.

DEUXIÈME PARTIE.

Les indications de l'iridectomie dans la sclérite et dans la scléro-kératite sont à peu près les mêmes que dans la kératite parenchymateuse :

1° Si la maladie évolue d'une façon régulière, il ne faut pas pratiquer d'opération ;

2° La persistance de la maladie peut amener comme nous l'avons vu des poussées inflammatoires du côté

de l'iris. Il se forme des adhérences de cette membrane avec le cristallin. La pupille se dilate incomplètement sous l'influence de l'atropine. C'est là un bon moyen de *diagnostic*. Des douleurs périorbitaires se manifestant, c'est alors qu'il faudra agir.

En résumé, dans les deux affections qui nous occupent, l'iridectomie peut produire de bons résultats; mais il ne faut pas oublier que la kératite parenchymateuse et la scléro-kératite évoluent sur un terrain mauvais.

Les individus affectés sont presque toujours sous l'influence d'une diathèse. Donc le traitement général doit être l'auxiliaire et le protecteur, en quelque sorte, du traitement chirurgical avant et après l'opération.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie. — De l'articulation coxo-fémorale tri-jumeau.

Physiologie. — Des glandes salivaires.

Chimie. — Du plomb et des préparations saturni-
ves.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. — Sola-
nées.

Pathologie externe. — De l'entorse tibio-torsienne.

— Cancer.

Pathologie interne. — Congestion cérébrale. — Fiè-
vre typhoïde.

Pathologie générale. — De la fièvre en général.

Histoire et anatomie générale. — Tissu nerveux. —
Tissu cartilagineux.

Anatomie pathologique. — Néphrite parenchyma-
teuse.

Médecine opératoire. — Amputation de Lisfranc. —
Ligature de l'artère fémorale.

Pharmacologie et matière médicale. — Du tannin. —
Rhubarbes exotiques et indigènes.

Thérapeutique. — Emploi thérapeutique de l'hydro-
thérapie.

Hygiène. — Hygiène des professions. — Des sai-
sons.

Médecine légale. — Des outrages à la pudeur. — In-
fanticide.

Accouchements. — Ligature du cordon ombilical. —
De la version.

Vu, le président de la thèse,
RICHET.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.